

Weiterbildung mit Inhalt – Bedarfsanalyse zur Konzeption eines überregionalen Schulungsprogramm in der Verbundweiterbildung^{plus}

Marco Roos*, Jost Steinhäuser, Gunter Laux, Stefanie Joos, Joachim Szecsenyi

Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg und Kompetenzzentrum
Allgemeinmedizin Baden-Württemberg

Zusammenfassung

Hintergrund: In Deutschland sind Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (AIW) zumeist mit ihrer inhaltlichen Weiterbildung alleine gelassen. Ziel der hier vorgestellten Bedarfsanalyse war es Anforderungen an ein Weiterbildung-begleitendes Schulungsprogramm zu erheben.

Methoden: Zur Bedarfsanalyse wurde ein kombiniert quantitativ-qualitativer Ansatz gewählt. Für die Ebene des Berufs-/Handlungsfeldes wurden Daten aus einem fortlaufenden Praxisdokumentationsprojekt quantitativ ausgewertet, die Bedürfnisse der AIW wurden qualitativ erhoben.

Ergebnisse: Von über 120 000 Patienten konnten die häufigsten Beratungsanlässe den dazu gehörenden medizinischen Expertisen (Orthopädie 22,1%, Innere Medizin 17,2%, Dermatologie 12,2% und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde 11,9%) zugeordnet werden. Der aus den

Beratungsanlässen zu folgernde Bedarf an medizinischer Weiterbildung deckte sich mit den qualitativ erhobenen Bedürfnissen der AIW (421 Texteinheiten in den Kategorien „Medizinische Expertise“, „Kompetenzen und Fertigkeiten“ und „Reflexion“).

Schlussfolgerungen: Die vorliegende Bedarfsanalyse zeigt, dass ein Einbeziehen der AIW nah an deren Bedürfnissen und Daten aus der Versorgungsforschung einen wichtigen Beitrag zur Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin leisten. Darüber hinaus können die Ergebnisse der Analyse eine Basis bilden für die Konzeption von weiterbildungsbegleitenden Schulungsprogrammen. Mit dem Schulungsprogramm der Verbundweiterbildung^{plus} finden diese Erkenntnisse bereits Eingang in eine praktische Umsetzung.

Schlüsselwörter: Weiterbildung, Allgemeinmedizin, Verbundweiterbildung, Bedarfsanalyse

Needs assessment of a longitudinal training course in vocational training within the Verbundweiterbildung^{plus}

Summary

Background: In Germany content-related vocational training mostly is the responsibility of the trainees themselves. The aim of this needs assessment is to explore the requirements of a longitudinal training course in vocational training.

Methods: A combined quantitative-qualitative needs assessment was chosen. We used data of a continuous record keeping system in primary care to assess the occupational field, and the needs of vocational trainees were explored in a qualitative survey.

*Korrespondenzadresse. Marco Roos, Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Voßstraße 2, Geb. 37, 69115 Heidelberg.
Tel.: +0049 (0) 6211 – 56 4744; fax: +0049 (0) 6211 – 56 1927.
E-Mail: marco.roos@med.uni-heidelberg.de (M. Roos).

Results: Data of more than 120,000 consulting problems in primary care were attributed to different medical expertises by frequency (orthopaedics 22.1%; internal medicine 17.2%; dermatology 12.2%; ear, nose, and throat medicine 11.9%). They revealed a high concordance between the needs derived from the consulting problems and the vocational trainees' needs identified in the qualitative survey (421 text units in the categories: medical expertise, competencies and skills and reflection on one's own performance).

Conclusion: The results of this needs assessment demonstrate the importance of vocational trainees' needs and the findings of health services research for improvement of content-related vocational training. Furthermore, the results form the basis for longitudinal training courses in vocational training, as shown in the approach of the training course within the training programme Verbundweiterbildung^{plus}.

Key words: postgraduate training, vocational training, general practice, needs assessment

Hintergrund

In Deutschland sind Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (AIW) zumeist damit alleine gelassen, während ihrer Weiterbildungszeit die wesentlichen Kenntnisse und Fertigkeiten für ihr späteres Berufsleben zu erwerben. Häufig können nicht alle erforderlichen Inhalte während der verschiedenen Weiterbildungsabschnitte erlernt werden. Dadurch müssen AIW selbstständig aus einem breiten Angebot an theoretischen Seminaren und/oder praktischen Kursen, die von Ärztekammern, Fachgesellschaften oder anderen Dienstleistern angeboten werden, auswählen. Die fachspezifischen Weiterbildungsordnungen und Logbücher der Ärztekammern stellen dafür die einzigen inhaltlichen Leitstrukturen dar. Ein internationaler Vergleich der Gebietsweiterbildung Allgemeinmedizin legt wesentliche strukturelle und inhaltliche Unterschiede offen. Die meisten europäischen Staaten verfügen über ein kompetenzbasiertes Curriculum mit einer transparenten Definition von Lernzielen und Lerninhalten, begleitende Strukturen zum Erwerb der Lerninhalte bis hin zu abgestimmten Prüfungsformaten [1,2,3]. In Deutschland muss von den einzelnen Weiterbildungsbefugten für die ambulante Weiterbildungszeit ein formales Weiterbildungscurriculum bei den zuständigen Ärztekammern vorgelegt werden. Um hier erste Schritte einer Verbesserung der Gebietsweiterbildung Allgemeinmedizin zu gehen, wurde im Rahmen der Verbundweiterbildung^{plus} des Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg, die Konzeption eines überregionalen, Weiterbildung-begleitenden Schulungsprogramms beschlossen [4].

Bei der Entwicklung eines neuen Schulungsprogramms ist eine Bedarfsanalyse essentiell [5]. Eine Bedarfsanalyse zur Entwicklung relevanter Schulungsziele und -inhalte nah am späteren Handlungsfeld und ausgerichtet an den Bedürfnissen der Zielgruppe, schafft die notwendige Grundvoraussetzung zur Relevanz, Akzeptanz und Effektivität des späteren Schulungsprogramms [6,7].

Ziel der hier vorgestellten Bedarfsanalyse war es einerseits das spätere Handlungsfeld der AIW in der Allgemeinmedizin zu beschreiben. Dazu sollte erhoben werden, mit welchen Beratungsanlässen Patienten den Hausarzt aufsuchen, um daraus ableiten zu können, welche medizinische Expertise (aus welchen Fachbereichen) die zukünftigen Hausärzte für ihre Arbeit benötigen. Andererseits sollten im Rahmen der Bedarfsanalyse die Erwartungen und Bedürfnisse der Zielgruppe abgefragt werden. Die Ergebnisse der beiden untersuchten Ebenen (Handlungsfeld und Bedürfnisse der AIW) sollten in die strukturelle und inhaltliche Entwicklung des Schulungsprogramms einfließen.

Methoden

Zur Erhebung der beiden Ebenen der oben beschriebenen Bedarfsanalyse wurde ein kombinierter quantitativer und qualitativer Ansatz gewählt.

Ebene Handlungsfeld - quantitative Erhebung

Zur Erhebung des Bedarfs nah am Handlungsfeld der Allgemeinmedizin wurde auf die Daten des CONTENT-Projekts zurückgegriffen [8]. Das Projekt CONTENT der Abteilung Allgemeinmedizin und

Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg steht als Akronym für „CONTInuous Morbidity Registration Epidemiologic NeTwork“. Das Ziel des CONTENT-Projekts ist die Codierung mit Hilfe der ICPC (International Classification of Primary Care) und die Dokumentation in Behandlungsepisoden. Dies ermöglicht eine kontinuierliche Erfassung und elektronische Dokumentation von Versorgungsdaten. Diese pseudonymisierten Versorgungsdaten werden in einer zentralen Datenbank erfasst. Für die vorliegende Bedarfsanalyse wurden die Beratungsanlässe im Zeitraum von 01.01.2006 bis 31.12.2009 ausgewertet und Organsystemen (ICPC-Kapitel) und den dazu gehörenden medizinischen Fachbereichen zugeordnet. Eine Ausrichtung an Beratungsanlässen und Behandlungsepisoden wurden dabei abrechnungsbezogenen Daten (z.B. ICD-10 Diagnosen) vorgezogen, da diese ein besseres Abbild der allgemeinärztlichen Versorgungsrealität geben [9].

Ebene Bedürfnisse der AIW - qualitative Erhebung

Zur Erhebung des Bedarfs nah an der Zielgruppe wurde den AIW im Programm Verbundweiterbildung^{plus} in einer offenen qualitativen Befragung ermöglicht, ihre persönlichen Bedürfnisse an ein Weiterbildung-begleitendes Schulungsprogramm per Kartenabfrage frei zu assoziieren. Die Beiträge wurden gesammelt und wortgetreu transkribiert. Die weitere qualitative Inhaltsanalyse folgte den Prinzipien einer zirkulären, gegenstandsbezogenen Rekonstruktionsmethode im Sinne einer „Grounded Theory“ [10]. Die Analysekategorien wurden von zwei

unabhängigen Untersuchern sukzessive, konkret und in der Bewährungsprobe am Datenmaterial gewonnen, bis eine Sättigung der Kategorien erreicht wurde. Die so gewonnenen Kategorien wurden einer Konsensusvalidierung unterzogen und zuletzt das Gesamtmaterial anhand der nun fixen Kategorien rekodiert.

Ergebnisse

Ebene Handlungsfeld - quantitative Erhebung

In der Auswertung der Daten aus dem CONTENT-Projekt konnten die Beratungsanlässe von über 120 000 Patienten (59% weiblich, Durchschnittsalter 46 Jahre) herangezogen werden. [Tabelle 1](#) zeigt die häufigsten 20 Beratungsanlässe in der untersuchten Population (81 026 Beratungsanlässe entsprechen 67% der gesamten Beratungsanlässe). Alle erfassten Beratungsanlässe wurden nach der ICPC-Kodierung unterschiedlichen Organsystemen (ICPC-Kapiteln) zugeordnet und nach Fachbereichen aufgeschlüsselt ([Tabelle 2](#)). Mit mehr als 20% der Beratungsanlässe sind Erkrankungen des Bewegungsapparates (Orthopädie, 22,1%) am häufigsten. Danach folgen Beratungsanlässe aus den Fachgebieten der Inneren Medizin (17,2%), Dermatologie (12,2%) und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (11,9%). Ein eigenes ICPC-Kapitel „Kinderheilkunde“ existiert nicht für die ICPC. Allerdings können Patienten die unter 18 Jahre alt sind, gesondert dargestellt werden (n = 15.894, entsprechen 13,2% der Beratungsanlässe).

Ebene Bedürfnisse der AIW - qualitative Erhebung

Für die Erhebung der persönlichen Bedürfnisse der Zielgruppe konnten 42 AIW aus dem Programm Verbundweiterbildung^{plus} rekrutiert werden. Die Gruppe war zu 70% weiblich (30 Frauen und 12 Männer). Im Durchschnitt waren die AIW 33 Jahre alt (Spanne von 26-46 Jahre) und hatten im Schnitt fast die Hälfte der

Weiterbildungszeit hinter sich gebracht (Mittelwert 2,2 Jahre). 85% der AIW waren zum Zeitpunkt der Befragung in einer stationären Weiterbildung.

Aus dem zirkulären Kodierprozess stabilisierten sich 21 Kategorien, die auf drei übergeordnete Blöcke (Medizinische Expertise, Kompetenzen/Fertigkeiten und Reflexion) aufgeteilt werden konnten. Aus den Beiträgen der AIW konnten 421 Texteinheiten extrahiert werden, von denen 418 (99,3%) den in [Tabelle 3](#) ersichtlichen 21 Kategorien zugeordnet werden konnte. Die verbliebenen drei Texteinheiten ließen sich weder eindeutig einer dieser Kategorien zuordnen, noch zu einer weiteren Kategorie zusammenfassen. Sie blieben für die weitere Darstellung unkodiert.

Innerhalb der drei übergeordneten Blöcke zeigte sich folgende quantitative Verteilung der Texteinheiten und Kategorien. Die vier Kategorien „Umgang mit Beratungsanlässen“, „Prävention und Gesundheitsberatung“, „Kleine Fächer“ und „Evidenz-basierte Medizin“ repräsentieren gemeinsam drei Viertel der Texteinheiten im Block Medizinische Expertise. Die verbleibenden 4 Kategorien bilden zusammen das fehlende Viertel. Im Block Kompetenzen und Fertigkeiten bilden die drei Kategorien „Betriebswirtschaftliche Grundlagen“, „Praxismanagement“ und „Arzt-Patienten-Kommunikation“ mehr als zwei Drittel der Texteinheiten ab. Im Block „Reflexion“ werden knapp zwei Drittel der Texteinheiten von den drei Kategorien „Balint Arbeit“, „Selbstfürsorge/Burn-Out-Prophylaxe“ und „Netzwerk/Kollegialer Austausch“ repräsentiert.

Diskussion

In der durchgeführten Bedarfsanalyse zur Konzeption eines überregionalen, Weiterbildung-begleitenden Schulungsprogramms konnten auf der Ebene des Handlungsfelds die häufigsten Beratungsanlässe in der Allgemeinmedizin und die dafür notwendigen medizinischen Expertisen (Orthopädie, Innere Medizin, Dermatologie, HNO) aufgedeckt werden. Diese deckten sich mit den Bedürfnissen der

Zielgruppe der AIW (Umgehen mit Beratungsanlässen, Inhalte aus „kleinen“ Fächern). Darüber hinaus konnten auf der Ebene der Bedürfnisse der AIW weitere wichtige Kompetenzfelder (Betriebswirtschaftliche Grundlagen, Selbstfürsorge/Burn-Out-Prophylaxe, etc.) identifiziert werden.

Von den AIW innerhalb der Verbundweiterbildung^{plus} werden auffallend oft Themenwünsche aus den sogenannten „kleinen Fächern“ geäußert, insbesondere aus den Gebieten Orthopädie, Hals Nasen Ohren Heilkunde, Augenheilkunde und Dermatologie. Da Beratungsanlässe zu den „kleinen Fächern“ in der täglichen Praxis häufig sind ([Tabelle 2](#)), ist es nachvollziehbar, dass diese von den AIW als Inhalt für ein Schulungsprogramm eingefordert werden. Trotz finanzieller Anreize ist es unwahrscheinlich, dass Rotationen von wenigen Monaten in möglichst vielen dieser Fachgebiete zukünftig flächendeckend angeboten werden können [11]. Darüber hinaus sind solche wichtigen Rotationen durch mehrere Fächer nur fakultativ in der Musterweiterbildungsordnung zum Facharzt Allgemeinmedizin verankert [12]. Die gängige Vorstellung, dass im Fach Allgemeinmedizin alle medizinischen Inhalte während der stationären Weiterbildungsabschnitte erlernt werden können und müssen, sollte auf Basis der vorliegenden Daten korrigiert werden. Ein Weiterbildung-begleitendes Schulungsprogramm sowie die Rotation in der Allgemeinarztpraxis wird die Aufgabe haben, die sich hier aufzeigende Lücke zu füllen [13].

Viele Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis sind im mehrdimensionalen Bild und Behandlungsplan verschieden von denen innerhalb der stationären Weiterbildungsabschnitte [14]. Hier kann ein Schulungsprogramm eine weitere wichtige Funktion übernehmen, indem es schon während der stationären Weiterbildung eine Brücke des klinischen Fachgebiets zur späteren allgemeinmedizinischen Arbeitsweise schlägt. Zusätzlich können dem AIW Krankheitsbilder aus unterschiedlichen Fachgebieten näher gebracht werden, die er während seiner stationären Weiterbildung nicht erlernen kann, da diese ausschließ-

Tabelle 1. Die 20 häufigsten Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis (von 120 069 Patienten über drei Jahre).

Rang	ICPC-Code	Beratungsanlass	n	Anteil in % (gerundet)
1	L03	Untere Rückensymptomatik/-beschwerden	8.801	7
2	R05	Husten	7.736	6
3	A23	Risikofaktoren NNB	6.515	5
4	D11	Durchfall	5.801	5
5	L01	Nackensymptomatik/-beschwerden	5.643	5
6	A01	Schmerz generalisiert/ an mehreren Stellen	5.410	5
7	L02	Rückensymptomatik/-beschwerden, BWS/n.s.	4.985	4
8	P06	Schlafstörung	4.156	3
9	F05	Sehstörung, andere	3.603	3
10	N17	Schwindel/Benommenheit	3.285	3
11	D01	Bauchschmerzen/-krämpfe, generalisiert	3.063	3
12	S12	Insektenbiss/-stich	2.946	2
13	N01	Kopfschmerz	2.776	2
14	R21	Hals-/Rachensymptome/-beschwerden	2.610	2
15	L08	Schultersymptomatik/-beschwerden	2.408	2
16	L15	Kniesymptomatik/-beschwerden	2.368	2
17	P02	akute Stressreaktion	2.341	2
18	S03	Warzen	2.302	2
19	L17	Fuß-/Zehensymptomatik/-beschwerden	2.207	2
20	L18	Muskelschmerzen	2.070	2

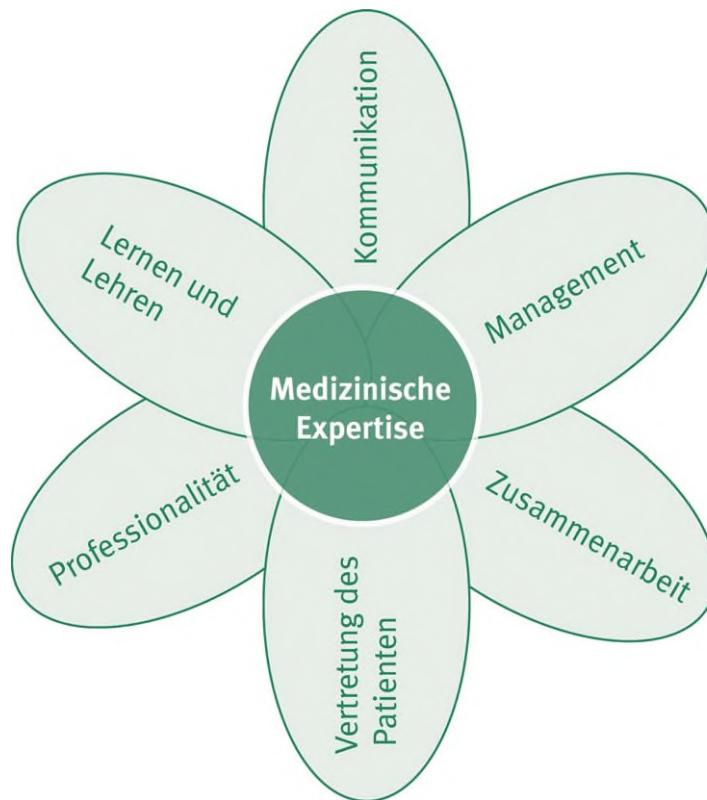
Tabelle 2. Beratungsanlässe zugeordnet zu Fachbereichen, Organsystemen, ICPC-Kapiteln.

Fachbereich* (Gesamtanteil in %)	ICPC-Kapitel	Organsystem	n	Anteil in % (gerundet)
Orthopädie (22,1)	L	Bewegungsapparat	34.624	22,1
Innere Medizin (17,6)	D	Verdauung	21.808	13,9
	K	Kreislauf	3.354	2,1
	T	Endokrinologisch/Stoffwechsel	1.798	1,2
	B	Blut/Blutbildende Organe	602	0,4
Unspezifisch (13,1)	A	Allgemein/unspezifisch	19.871	12,7
	Z	Soziale Probleme	616	0,4
Dermatologie (12,2)	S	Haut	19.098	12,2
HNO (11,9)	R	Respiratorisch	14.859	9,5
	H	Ohr	3.755	2,4
Psychiatrie (7,5)	P	Psychologisch	11.737	7,5
Neurologie (5,1)	N	Neurologisch	7.979	5,1
Urologie (3,7)	U	Harnwege	5.104	3,3
	Y	Männliches Genitalsystem	647	0,4
Auge (3,6)	F	Auge	5.698	3,6
Frauenheilkunde (3,4)	X	Weibliches Genitalsystem	3.621	2,3
	W	Schwangerschaft/Geburt/Familienplanung	1.681	1,1

*Ein eigenes ICPC Kapitel „Kinderheilkunde“ existiert nicht für die ICPC. Patienten die unter 18 Jahre alt waren, wurden gesondert dargestellt (n = 15.894, entsprechen 13,2% der Beratungsanlässe).

Tabelle 3. Inhaltlicher Bedarf an ein begleitendes Schulungsprogramm aus Sicht der AIW (n = 42).

Medizinische Expertise	Häufigkeit	Kompetenzen/ Fertigkeiten	Häufigkeit	Reflexion	Häufigkeit
Umgang mit Beratungsanlässen	35	Betriebswirtschaftliche Grundlagen	34	Balint Arbeit	30
Prävention/ Gesundheitsberatung	33	Praxismanagement	30	Selbstfürsorge/ Burn-Out- Prophylaxe	26
		(Abrechnung/Personalführung			
„Kleine“ Fächer (Orthopädie/HNO/ Dermatologie/Auge)	32	Arzt-Patienten- Kommunikation	29	Netzwerk/ Kollegialer Austausch	21
Evidenz-basierte Medizin	25	Basisfertigkeiten „kleine“ Fächer	22	Mentoring	17
Komplementärmedizin	15	Sonographie	11	Juristische Grundlagen/ Versicherungen	13
Rehabilitation/ AHB	14	Advanced Life Support (ALS)	5	Gesundheitssystem	7
Anwendung von Leitlinien	10			Fehlermanagement	5
Pharmakotherapie	4				



*Adaption und deutsche Übersetzung durch die AG Weiterbildung des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin Baden Württemberg

Abb. 1. Grafische Darstellung des CanMED Kompetenzmodells*.

ambulant behandelt werden. Dieser Aspekt spiegelt sich in dem von den AIW am häufigsten genannten Bedürfnis, den Umgang mit Beratungsanlässen zu erlernen, wider.

Das Berufsfeld in der Allgemeinmedizin ist im Wandel und wird zunehmend komplex [15]. Diese Entwicklung wird auch von den AIW wahrgenommen und drückt sich in den weiteren Bedürfnissen der AIW aus. Bereits Ende der 90er Jahre wurde in Canada erkannt, dass medizinisches Wissen alleine für einen guten Arzt nicht ausreicht. In dem daraufhin entwickelten Modell der CanMEDs wurden neben der medizinischen Expertise Kompetenzfelder formuliert, die für das Arbeitsfeld des Arztes erforderlich sind [16]. Im Zentrum steht dabei die medizinische Expertise, welche beim CanMed-Grundgerüst von sechs Kompetenzen flankiert wird (Abbildung 1). Diese flankierenden Kompetenzen spielen für die (haus-)ärztliche Arbeitsweise in der Praxis eine herausragende Rolle. Unter „Management“ fällt

beispielsweise die Fähigkeit, eine Praxis aus betriebswirtschaftlicher Sicht führen zu können und die Fachtermini von Banken und Steuerberatern zu verstehen. Die Kompetenz „Kooperation“ umfasst die Zusammenarbeit mit anderen ambulant tätigen Berufsgruppen wie z. B. Pflegedienste, um Schnittstellenproblemen vorzubeugen. „Vertretung des Patienten“ meint Schutz vor Unter- und Fehlversorgung, aber auch Überversorgung. „Professionelle Haltung“ umfasst das Können, sich abzugrenzen, welches in einem zunehmend komplexen und belastenden Arbeitsalltag eminent wichtig ist („Burn-Out-Prophylaxe“).

Die o.g. Ergebnisse stellen die strukturelle und inhaltliche Basis für das übergeordnete Schulungsprogramm innerhalb der Verbundweiterbildung^{plus} dar. Das Schulungsprogramm wurde longitudinal angelegt und soll die gesamte Weiterbildungszeit begleiten. Ziel ist es, eine Brücke zwischen den in den einzelnen Weiterbildungsabschnitten er-

worbenen Fähigkeiten und den später erforderlichen Arbeitsweisen im Berufsfeld als Hausarzt zu schlagen. Zusätzlich werden vorzeitig Lücken („kleine Fächer“) geschlossen, die in den Weiterbildungsabschnitten keine Berücksichtigung erhalten. Die dadurch erhaltenen verbesserten Grundlagen führen zu einer tiefer gehenden Weiterbildung im ambulanten Abschnitt. Der longitudinale Ansatz findet in festen Schulungskohorten mit AIW aus unterschiedlichen Weiterbildungsjahren statt, um die Vernetzung und den Austausch zu fördern. Dies soll gleichermaßen eine Anregung sein zur Bildung nachhaltiger Netzwerke von Kollegen und zu einer vermehrten Identifikation mit dem eigenen Berufsbild.

Inhaltlich folgt das Schulungsprogramm den in CanMEDs beschriebenen Kompetenzfeldern. Jede Schulungseinheit ist aus drei Modulen aufgebaut. Das erste Modul beinhaltet einen Input zur „Medizinischen Expertise“. Darin werden Wissen und die dazugehörigen

Fertigkeiten zu einem Beratungsanlass (z.B. „Der Patient mit Rückenschmerz“ oder „Das schmerzende Ohr“) erarbeitet. Neben der Auffrischung der notwendigen Wissensgrundlagen, werden aktuelle Leitlinien, aktuelle Literaturhinweise und die für die spätere Arbeit notwendigen „hausärztlichen“ Fertigkeiten erlernt. Im zweiten Modul werden Inhalte zu den weiteren Kompetenzfeldern der CanMEDs abgedeckt (z.B. betriebswirtschaftliche Grundlagen, Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams). Im dritten Modul soll eine Reflexion mit der eigenen Arbeit und somit Strategien für eine Selbstfürsorge/Burn-Out-Prophylaxe unterstützt werden (z.B. Balint-Arbeit). Dieses Schulungskonzept wird seit 2009 in der Verbundweiterbildung^{plus} umgesetzt und parallel evaluiert.

Limitationen der Bedarfsanalyse

Die in der quantitativen Analyse erhobenen Beratungsanlässe sind nur ein Abbild der untersuchten Population von über 120 000 Patienten. Die Größe der untersuchten Population und der im Rahmen des CONTENT-Projekts verfolgte Ansatz können jedoch ein Bild nah an der Versorgungsrealität aufzeigen [17].

Die für die qualitative Erhebung eingeschlossenen Teilnehmer sind alle im Programm Verbundweiterbildung^{plus} eingeschrieben. 85% der Befragten waren zum Zeitpunkt der Erhebung in der stationären Weiterbildung, so dass die Bedürfnisse dieser Gruppe im Vordergrund stehen. Allerdings war es in unserer Erhebung wichtig, die Bedürfnisse der Zielgruppe zur späteren Akzeptanz und Effektivität (siehe oben) der Schulungstage einzubeziehen. Im weiteren Verlauf der Schulungstage sollte eine erneute Überprüfung von Bedürfnissen

(in dann veränderten Weiterbildungsphasen) erhoben werden.

Schlussfolgerungen

Mit den in unserer Bedarfsanalyse gewonnenen Erkenntnissen konnten Anforderungen an ein Weiterbildungsbegleitendes Schulungsprogramm abgeleitet werden. Die bisherige inhaltliche Gestaltung der Gebietsweiterbildungen in Deutschland ist in den Weiterbildungsordnungen nur formal strukturiert. Wir zeigen, dass ein Einbeziehen der Bedürfnisse der AIW und Daten aus der Versorgungsforschung (CONTENT-Projekt) einen wichtigen Beitrag zur Gestaltung von Weiterbildungsprogrammen leisten kann. Wünschenswert wäre es, zukünftig solche Daten für eine Versachlichung der Diskussion um Weiterbildungsinhalte und Facharztkompetenzen zu verwenden, um in einem nächsten Schritt an einer strukturierten inhaltlichen Verbesserung (Curriculum) der bestehenden Musterweiterbildungsordnungen zu arbeiten. Die dadurch standardisierten Inhalte sollten weiterführend in die Entwicklung von longitudinalen, Weiterbildungsbegleitenden Schulungsprogrammen einfließen.

Literaturverzeichnis

- [1] Siebolds M, Beer AM, Kiwitt P, Meyring S. Strukturierte Facharztweiterbildung: Alter Wein in neuen Schläuchen oder Zukunftsoption? *Dtsch Arztebl* 2006;103(42):2765–8.
- [2] The Royal College of General Practitioners. <http://www.rcgp-curriculum.org.uk/>.
- [3] The Danish College of General Practitioners. <http://www.dsam.dk/flx/english/>.
- [4] Joos S, Szecsenyi J. Bessere Vernetzung soll den Hausärztemangel bekämpfen. *Deutsches Ärzteblatt* 2009;106(14): A652–3.

- [5] Kern DE, Thomas PA, Hughes MT, editors. *Curriculum Development for Medical Education: A Six-Step Approach*. 2nd ed. Baltimore (MD): Johns Hopkins University Press; 2009.
- [6] Kirkpatrick DL. (1994) *Evaluating Training Programs. The Four Levels.*: Berrett-Koehler Publishers, Inc., 155 Montgomery Street, San Francisco, p. 229.
- [7] Tannenbaum SI, Mathieu JE, Salas E, Cannon-Bowers JA. Meeting Trainees' Expectations: The Influence of Training Fulfillment on the Development of Commitment, Self-Efficacy, and Motivation. *Journal of Applied Psychology* 1991;76:759–69.
- [8] Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J. Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis - Vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis. München: Urban & Vogel; 2008.
- [9] Körner T, Sand A, Laux G, Rosemann T, Bayer M, Szecsenyi J. Die Episode als Grundlage der Dokumentation. *Dtsch Arztebl* 2005;102(46):3168–72.
- [10] Anselm L Strauss. *Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung*. Verlag (1991).
- [11] Korzilius H. Förderprogramm Allgemeinmedizin: Warten auf den Hausarzt. *Dtsch Arztebl* 2009;106(49):2450–3.
- [12] Bundesärztekammer: Musterweiterbildungsordnung: <http://www.bundesaeztekammer.de/page.asp?his=1.128.129>.
- [13] Steinhäuser J, Joos S, Ledig T, Peters-Klimm F. FORUM Weiterbildung – gegen Zufall und Beliebigkeit – Beitrag zur Entwicklung einer die Weiterbildung begleitende Gruppe. *Z Allg Med* 2008;84:336–9.
- [14] In der Schmitten J, Helmich P. *Weiterbildung Allgemeinmedizin: Qualifizierung für die primärärztliche Versorgung*. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2000.
- [15] Martin CM, Sturmberg JP. General practice-chaos, complexity and innovation. *Med J Aust* 2005 Jul 18;183(2):106–9.
- [16] Frank JR, Danoff D. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Med Teach* 2007;29(7):642–7.
- [17] Laux G, Rosemann T, Körner T, Heiderhoff M, Schneider A, Kühlein T, Szecsenyi J. Detaillierte Erfassung von Inanspruchnahme, Morbidität, Erkrankungsverläufen und Ergebnissen durch episodenzugewogene Dokumentation in der Hausarztpraxis innerhalb des Projekts CONTENT. *Gesundheitswesen* 2007;69(5):284–91.